

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 272

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Baptiste SAGARDOY

Né à Hosta (Basses-Pyrénées), le 22 mars 1886

Chevalier de la Légion d'honneur

LA

Constipation recto-pelvienne
ou Dyschésie

Président de thèse : M. LE PROFESSEUR CARNOT.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1923

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Jean-Baptiste SAGARDOY

Né à Hosta (Basses-Pyrénées), le 22 mars 1886

Chevalier de la Légion d'honneur

LA

Constipation recto-pelvienne ou Dyschésie

Président de thèse : M. LE PROFESSEUR CARNOT.

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1923

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN

PROFESSEURS :

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Chimie organique et chimie médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale
 Pathologie et Thérapeutique générale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
 céphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophthalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile
 Clinique thérapeutique
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique

M. ROGER

MM.

NICOLAS
 CUNEO
 Ch. RICHERT
 André BROCA
 DESGREZ
 BEZANÇON
 BRUMPT
 Marcel LABBE
 X.
 LECENE
 LETULLE
 PRENANT
 RICHAUD
 CARNOT
 Léon BERNARD
 BALTHAZARD
 MENETRIER
 ROGER
 ACHARD
 WIDAL
 GILBERT
 CHAUFFARD
 MARFAN
 NOBECOURT

CLAUDE
 JEANSELME
 Pierre MARIE
 TEISSIER
 DELBET
 LEJARS
 HARTMANN
 GOSSET
 De LAPERSONNE
 LEGUEU
 BRINDEAU
 COUVELAIRE
 JEANNIN
 J. L. FAURE
 Auguste BROCA
 VAQUEZ
 SEBILEAU
 DUVAL
 SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
 ALGLAVE
 BASSET
 BAUDOIN
 BLANCHETIERE
 BRANCA
 CAMUS
 CHAMPY
 CHEVASSU
 CKIRAY
 CLERC
 DEBRE

DESMARETS
 DUVOIR
 FIESSINGER
 GARNIER
 GOUGEROT
 GREGOIRE
 GUENIOT
 GUILLAIN
 HEITZ-BOYER
 JOYEUX
 LABBE (Henri)
 LAIGNEL-AVASTINE

LANGLOIS
 LARDENNOIS
 LE LORIER
 LEMIERRE
 LEQUEUX
 LEREBoullet
 LERI
 LEVY-SOLAL
 MATHIEU
 METZGER
 MOCQUOT
 MULON

OKINCZYC
 PHILIBERT
 RATHERY
 RETTERER
 RIBIERRE
 ROUSSY
 ROUVIERE
 SCHWARTZ (A)
 TANON
 TERRIEN
 TIFENEAU
 VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PERE

A MA MERE

A MON ONCLE LE CHANOINE SAGARDOY

A MA SŒUR ET MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE

A MON NEVEU

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUS LES MIENS

En témoignage de ma profonde affection

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Chevalier de la Légion d'honneur

*qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse, nous adressons
ici l'expression de notre respectueuse gra-
titude et de nos sincères remerciements.*

Que M. LE DOCTEUR A. C. GUILLAUME

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

*qui nous a donné l'idée première de cette
thèse et nous a aidé dans sa réalisation,
nous permette de lui exprimer tous nos
remerciements et nos sentiments de pro-
fonde reconnaissance pour la bienveil-
lance et la sympathie qu'il nous a té-
moignées.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

INTRODUCTION

La constipation, comme tous les syndromes, comprend des états très différents les uns des autres ; la constipation recto-pelvienne ou *Dyschésie* est *une de ces modalités* particulières de la constipation et, qui plus est, une des plus *intéressantes* puisqu'un traitement approprié bien conduit et bien observé amène sa guérison rapidement dans la grande majorité des cas.

Cette forme particulière de la constipation n'a pas, jusqu'à présent tout au moins, reçu toute l'attention qu'elle mérite ; nous consacrons donc le présent travail à l'étude de cet état morbide.

L'existence d'une constipation qui se traduit par un amassement des matières dans la partie terminale de l'intestin est connue depuis longtemps et dans la vieille médecine les observations abondent qui témoignent de la connaissance de cet état. Mais l'étude de ses causes et de son traitement est de date relativement récente, puisque c'est A. F. Hurst, qui, voici une dizaine d'années, a eu l'hon-

neur d'en bien préciser les conditions de production et de montrer les grandes lignes de son traitement.

A côté des travaux de Hurst, il faut citer ceux de Strauss, qui désignait cette forme sous le nom de **constipation proctogène**. Tout récemment enfin l'attention a été attirée en France sur cette modalité de la constipation dans les articles de A. C. Guillaume (1919, 1922 et 1923) et de Moutier (1922).

Mais ces travaux récents ne doivent pas faire oublier que T. Chevalier, dès 1819, avait parfaitement entrevu et décrit cette forme de constipation et que Barnès lui avait donné le nom de **Dyschésie**.

Dans ce travail, que nous consacrons à l'étude de la **Dyschésie** nous traiterons successivement : des **Formes cliniques**, de l'**étiologie**, du **mécanisme**, du **diagnostic**, et du **traitement** de cette affection. Auparavant, et pour mieux faire comprendre les conditions de production de cet état et ses indications de traitement, nous indiquerons rapidement quelques-uns des faits essentiels de la physiologie intestinale.

CHAPITRE I

APERÇU DE PHYSIOLOGIE INTESTINALE

Le Transit Intestinal normal

Suivons la migration du bol alimentaire telle qu'elle nous apparaît à l'étude de la progression d'un repas opaque. Après un rapide passage par le conduit œsophagien, le bol arrive dans l'estomac, et, de là, passe dans le duodénum, mais ce n'est pas là ce qui nous intéresse, l'intérêt se limitant pour nous au transit intestinal.

La traversée du grêle (jéjunum et iléon) est rapide ; se ralentissant à mesure que le repas s'approche du gros intestin ; pratiquement, chez le sujet normal, la durée de la traversée du grêle est de 3 à 4 heures, et, dans le cas d'un estomac qui évacue normalement son contenu, le grêle doit être absolument évacué à la neuvième heure de la digestion (chiffre extrême).

Arrivées dans le segment caeco-ascendant du gros intestin, les matières marquent un temps d'arrêt appréciable dans leur progression elles

stagnent même en ce point ; en fait, la traversée du segment ascendant par le repas opaque est de 3 à 5 heures ; quand, après 18 ou 20 heures, le segment caeco-ascendant contient encore une quantité appréciable de baryte, on peut conclure à l'existence d'un retard pathologique de l'évacuation de ce segment.

Quittant le segment droit du gros intestin, les matières passent dans le transverse puis dans le descendant ; le temps de traversée de ces segments est environ de 4 à 8 heures. Les matières arrivent enfin dans le colon pelvien où elles s'amassent en attendant le moment de la défécation qui sera celui de leur expulsion. La durée de la stagnation des matières dans le segment terminal de l'intestin est très variable suivant le moment de la défécation. Normalement, et pour des sujets chez lesquels le transit digestif n'est ralenti en aucun autre point, la stagnation dans l'intestin terminal ne doit pas excéder 48 heures.

Les Segments fonctionnels du Tube digestif

L'étude physiologique du tube digestif par le moyen des rayons, montre qu'il est possible et qu'il y a intérêt à substituer aux divisions morphologiques de l'anatomie descriptive, les divisions physiologiques suivantes (Guillaume) :

- 1° *Un premier segment de transit, l'œsophage ;*
- 2° *Un premier segment de stase, l'estomac ;*
- 3° *Un deuxième segment de transit, le grêle (duodénum jejunum et iléon) ;*
- 4° *Un deuxième segment de stase, le colon droit ou proximal (cæcum, colon ascendant, tiers droit du transverse) ;*
- 5° *Un troisième segment de transit, le segment intermédiaire (deux tiers gauches du transverse et descendant) ;*
- 6° *Un troisième segment de stase, le segment terminal (colon pelvien et rectum).*

En fait, on peut considérer (Guillaume) le tube digestif comme formé d'une succession de segments semblables fonctionnellement et formés chacun d'un segment de transit aboutissant à un segment de stase. Plusieurs groupements identiques s'étagent ainsi :

1° *Grouppement œsophage-estomac* ; 2° *Grouppement grêle, colon droit* ; 3° *Grouppement colon intermédiaire, colon terminal*.

Ajoutons, à la partie supérieure, la cavité buccopharyngienne comprise dans les muscles striés ; ajoutons à la partie inférieure, le canal anal compris dans les muscles striés du périnée, et nous avons l'ensemble des grands segments physiologiques du tube digestif.

Les Stases pathologiques de l'intestin

Le bol alimentaire passe normalement avec une vitesse variable, sans arrêt, dans les segments suivants : l'œsophage, le grêle, le transverse et le descendant. Au contraire, le contenu digestif marque un temps d'arrêt, stagne dans les segments suivants : estomac, colon droit, intestin terminal.

Tout arrêt permanent du bol alimentaire dans un segment de transit, constituera une stase pathologique, comme sera considérée également comme stase, tout retard dans la complète évacuation de ces mêmes segments de transit au delà d'une durée nettement supérieure à celle qui est nécessaire, dans les conditions normales, à la complète évacuation de ces segments.

Pour une évaluation gastrique normale, une durée de transit dans le grêle supérieure à 9 heures indiquera par exemple, un état de stase du grêle.

Il existe dans les mêmes conditions, une stase du transverse et une stase du descendant.

Quant à la stagnation dans le colon droit et dans le colon terminal, elle sera considérée comme pathologique dans tous les cas où la durée de la stagnation dépassera de beaucoup les chiffres nor-

maux, c'est-à-dire 20 heures environ, après l'ingestion, pour le colon droit, et 48 heures environ après l'ingestion pour le colon terminal, le reste du transit étant normal.

Cliniquement, on pourra observer dans l'intestin :

Une stase du grêle ;

Une stase droite ou proximale ;

Une stase intermédiaire ;

Une stase terminale.

De beaucoup les plus fréquentes des modalités de stase observées en clinique sont :

1° *La stase droite, cœco-ascendante ou proximale ;*

2° *La stase pelvienne ou terminale.*

C'est cette deuxième modalité des stases observées fréquemment que nous allons étudier ici. Mais, avant d'entrer dans le détail des faits pathologiques, il nous faut indiquer rapidement les grandes lignes des fonctions particulières à la portion terminale de l'intestin : la **défécation**.

L'Intestin terminal

et le Mécanisme de la Défécation

Nous empruntons aux travaux de Guillaume les notions relatives au mécanisme de la défécation.

L'intestin terminal, logé dans le bassin, se continue à sa partie inférieure par une partie rétrécie, le canal anal, qui aboutit à l'extérieur la cavité digestive.

La partie rétrécie ou canal anal est enclavée dans les tissus du périnée postérieur formés de muscles striés ; le reste de l'intestin terminal (la partie située en amont du canal anal) est logée au-dessus du plan des muscles striés qui forment le diaphragme pelvi périnéal (relveurs et ischio-coccygiens).

La partie canaliculaire est donc directement soumise à l'influence des muscles striés, la partie dilatée sus-jacente ne l'est qu'indirectement, par l'intermédiaire des organes interposés et du contenu de la cavité péritonéale.

Or, le tube digestif est lui-même formé de tissus musculaires lisses dont l'activité est commandée par des appareils nerveux spéciaux (appareils lo-

caux, appareils sympathiques et para-sympathiques) c'est-à-dire d'appareils soustraits à l'action directe de la volonté. L'activité musculaire du tube digestif lui-même, sera donc un **acte involontaire**. Au contraire, les muscles striés du périnée sont placés sous la dépendance excito-motrice des nerfs rachidiens de la vie animale ; leur activité est donc un acte volontaire et l'effet éventuel de leur contraction sur le tube digestif, quand intervention il y a, sera un effet de la volonté.

L'acte de défécation complet résulte de la mise en œuvre simultanée des éléments volontaires et involontaires de l'intestin terminal et des muscles du périnée.

La pression excentrique exercée sur les parois du tube digestif par son contenu déclanche en effet l'acte moteur involontaire intestinal.

Une onde péristaltique se produit alors qui pousse les matières vers l'orifice anal.

En même temps, naît le besoin de déféquer ; l'appel réflexe médullaire déclanché par cette surpression excentrique entraîne une réponse motrice dans les muscles de la vie animale qui forment les parois musculaires de l'ovoïde abdominal (muscles propres des parois abdominales, muscles diaphragmatique, thoraco abdominal et pelvipérinéal, muscles du périnée). Tous ces muscles, à l'exception du sphincter externe ou strié de l'anus et de la portion périanale des releveurs, font effort, pour comprimer le contenu de l'abdomen de manière à pousser les organes de la cavité abdominale vers

le détroit supérieur et les organes contenus dans le petit bassin vers le plan osseux (résistant) de la concavité du **sacrum**.

En somme, la contraction des muscles de l'ovoïde abdominal soutient la contraction intestinale ; elle s'applique aux tuniques de l'intestin, permettant ainsi à l'onde péristaltique d'exercer son effort dans les meilleures conditions.

En même temps, les muscles périnaux (partie périanale du releveur, sphincter strié), assurent la béance de l'orifice anal, les fibres du releveur, en évasant les berges anales, le sphincter strié en relâchant son étreinte.

Les matières poussées par le péristaltisme auront donc une issue facile par l'orifice anal rendu béant.

La défécation comprend donc deux ordres très différents de phénomènes :

1° *Un acte purement intestinal, l'onde péristaltique* ; 2° *Un acte musculaire des muscles de l'ovoïde abdominal et du périnée.*

Cette synergie de la défécation met en œuvre, en plus des tissus précédemment décrits, les appareils nerveux autonomes locaux ou appareils neuroïdes du tube digestif, les appareils nerveux axio-locaux du sympathique et du para-sympathique. En outre, l'acte de défécation ne se limite pas aux phénomènes intestinaux locaux et aux actes musculaires des muscles de l'abdomen et du périnée ; l'effort abdominal a besoin, pour s'effectuer, de la participation de l'appareil respiratoire qui fixe le diaphragme appuyant son effort vers l'abdomen

(fermeture de la glotte après inspiration profonde aboutissant au remplissage du poumon) ; enfin, tous ces phénomènes retentissent sur la circulation.

Ce rapide aperçu de la physiologie de la défécation montre le nombre et l'importance des facteurs qui interviennent dans cet acte si complexe.

Constipation haute et Constipation basse

Sans une compréhension de ces phénomènes on ne peut étudier la constipation terminale.

La constipation peut être définie comme *une irrégularité et un délai anormalement long dans l'évacuation des selles.*

Mais ceci ne préjuge nullement du siège de la cause de la constipation ; tout retard apporté au transit alimentaire dans un segment quelconque du tube digestif est de nature à produire, en effet, cet état de constipation qui ne traduit donc rien autre chose que le délai anormalement long qui sépare le moment de l'ingestion des aliments et le moment de leur expulsion par l'anus.

L'examen radiologique montre que parmi les états de constipation que l'on observe en pratique, il en est qui relèvent de retards apportés au transit dans les segments très différents du tube digestif, retard portant sur le temps d'évacuation gastrique, retard dans la traversée du grêle, retard dans la traversée du gros intestin, retard dans l'apparition du besoin de défécation et de son exécution.

L'examen radiologique permet de distinguer l'une de l'autre deux grandes modalités de constipation :

1° La *constipation haute*, produite par un retard du transit dans un quelconque des segments du tube digestif situé en amont du colon pelvien ;
2° Constipation basse liée à un retard dans l'évacuation du segment terminal.

La première de ces deux modalités, la constipation haute, n'a pas d'intérêt direct pour nous, contentons-nous seulement d'en indiquer l'existence, et illustrons cette opposition des deux formes par le rapide résumé de deux observations appartenant à l'une et l'autre catégorie pathologique.

OBSERVATION I

Femme, 30 ans, vient consulter parce qu'elle est constipée et que cet état anormal occasionne des troubles de sa santé ; elle accuse en outre de légères douleurs dans la fosse iliaque droite, plutôt endolorissement que douleurs véritables, qui sont surtout manifestes pendant les périodes de constipation opiniâtre. La patiente use de laxatifs divers.

Examen radiologique : méthode des 3 repas (de 80 à 100 grammes de gélobarine par repas), 24 h., 6 h. avant l'examen et au moment même de l'examen.

Traces de baryte dans la fin du grêle, le premier repas est presque en totalité dans le segment proximal qui est dilaté, atone et ptosé quant au caecum. Un peu de baryte dans le transverse qui est spasmé — rien au delà. L'estomac se remplit bien, il est du type hypertonique ; son évacuation est rapide, la progression dans le grêle est normale pour le jéjunum. Pas de points douloureux au fond caecal, l'angle droit se dissocie bien, sensibilité à la pression du colon droit.

Revue 24 heures après, un peu de baryte est dans l'intestin terminal, le colon droit contient une très forte quantité de baryte, quantité appréciable de

baryte dans le transverse qui est spasmé, un peu de baryte dans le descendant spasmé également. Une selle rendue dans la journée contenait des traces de baryte.

Revue 24 heures après la baryte a progressé, mais il en reste une quantité appréciable dans le colon droit.

OBSERVATION II

Femme jeune, constipée de longue date avec troubles de l'état général ; use de laxatifs divers.

Examen radiologique (même technique que précédemment). Estomac normal, transit du grêle normal. Le colon droit contient une forte quantité de baryte, le transverse et le descendant aussi, il y a un important amas de baryte dans le colon terminal, pas de selle.

Vingt-quatre heures après, la baryte a progressé presque normalement dans le colon droit, le transverse et le descendant, elle s'est amassée dans le colon terminal ; toujours pas de selle.

Dans la journée du lendemain, forte selle mélangée de baryte. L'examen radiologique fait après celle selle, ne montre plus de baryte (en quantité appréciable) dans le tube digestif.

L'observation I est celle d'une malade atteinte de constipation haute, l'observation II est celle d'une malade atteinte de constipation basse. Nous avons à dessein négligé, dans ces observations, les signes non radiologiques qui traduisaient ces deux modalités de la constipation, leur étude sera faite dans des chapitres ultérieurs.



CHAPITRE II

ETIOLOGIE CLINIQUE

Formes cliniques de la Constipation basse

Toutes les modalités de la constipation basse se traduisent par un amassement des matières dans le colon terminal durant un temps anormalement long et sans que pour cela survienne un besoin de déféquer. *En somme la constipation basse se traduit par une stase terminale prolongée.*

Hurst, dont les travaux relatifs à la constipation basse, constituent l'apport le plus important dans la connaissance de cette variété de constipation, donne de la stase terminale la définition suivante :

« Un état dans lequel après vingt-quatre heures, la plus grande partie du baryum s'est ramassée dans le colon pelvien ou le rectum, ou dans les deux, et dans lequel, malgré cela, il ne se manifeste aucun besoin d'aller à la selle. »

La durée de cette stase prédéfécatoire est fort variable suivant les sujets : il est assez commun d'observer des sujets atteints de stase terminale et

dont les selles sont espacées de huit à dix jours ; encore le plus souvent, est-ce, après un tel délai, une médication, purgation ou lavement, qui a déclanché l'exonération.

Ce qui, par contre, est bien différent, ce sont les modalités cliniques sous lesquelles se présentent ces états ; quelques observations vont nous permettre d'en préciser l'étude.

OBSERVATION III (Guillaume)

Un jeune homme de 20 ans est à la période de desquamation d'une forte fièvre scarlatine avec hyperthermie importante et prolongée, et forte angine ayant entravé l'ingestion des boissons. Tout permet de penser que la déshydratation a chez ce patient été importante, et de fait, le malade éprouve une constipation opiniâtre, quelques petites boules dures comme de la pierre étant seulement rendues. Le passage d'une de ces billes a déterminé une excoriation de la muqueuse, une *fissuratin*. Aussi, lorsque, l'alimentation étant reprise, le malade veut aller à la selle, celle-ci ne peut être obtenue qu'au prix de douleurs assez violentes, pour inciter le patient à retenir ses besoins et à différer l'évacuation du contenu de son intestin terminal ; la rétention préfécatrice des amas fécaux est donc, chez ce malade, anormalement longue.

Le traitement (1) de la petite lésion anale, le ramollissement des selles amènent, en quelques jours, la complète guérison.

Les observations de ce type sont légion, ces troubles étant la règle dans toutes les affections douloureuses du canal anal (fissures, fissurations, hémorroïdes).

(1) Nous reviendrons au chapitre traitement sur les particularités de la thérapeutique de ces états.

Point n'est besoin, semble-t-il, d'apporter ici l'observation des cas de constipation terminale qui se produit au cours de l'évolution des tumeurs sténosantes de la fin du rectum ou du canal anal (cancer du rectum ou cancer anal notamment) ou l'observation des constipations produites par un mégacolon de l'intestin terminal. Ici la constipation perd beaucoup de son importance devant la gravité des lésions qui entraînent sa production. Il est banal de dire, en effet, que toute constipation terminale qui s'est, depuis peu, manifestée chez un sujet d'un certain âge, doit faire penser au cancer du rectum et conduire à élucider cette hypothèse.

OBSERVATION IV (Guillaume)

Une femme âgée, habituellement constipée depuis très longtemps, vient à l'hôpital parce que depuis dix jours, dit-elle, elle n'est pas allée à la selle. Son ventre, dont la paroi est flasque, est fortement ballonné, elle accuse des douleurs à type de coliques. L'aspect et les troubles accusés par la malade évoquent l'idée d'une occlusion basse à évolution lente. Le palper de l'abdomen fait sentir dans le petit bassin et la fosse iliaque gauche (hypogastre et fosse iliaque gauche), une masse volumineuse dure, peu mobile, sensible à la pression. Le toucher vaginal, combiné au palper, permet de sentir, derrière l'utérus, une masse énorme, dure dans son ensemble, mais inégale cependant, et faite de petites boules conglomerées.

Le toucher rectal permet d'atteindre, immédiatement au-dessus du canal anal, très réduit dans sa longueur, un amas fécal de masses dures, différentes de volume et de forme.

L'extirpation manuelle et instrumentale combinée aux irrigations et aux lavements huileux, permet de

retirer une grosse quantité de matières fécales formant bouchon et obturant l'orifice. Des lavements, puis ultérieurement une purgation, amènent une débâcle de matières d'abord liquides, puis molles, puis solides.

Cette forme, qui s'observe avec une certaine fréquence, chez les personnes âgées, n'est pas cependant particulière à l'âge avancé de la vie, l'observation suivante montre qu'elle existe à l'âge moyen.

OBSERVATION V (Guillaumè)

Une actrice de 32 ans est alitée par une bronchite aiguë sur un emphysème. Au cours de l'interrogatoire, elle accuse une constipation dâtant de quatre jours et qui occasionne chez elle une sensation pénible, presque douloureuse dans le bas ventre et le côté gauche, plus spécialement, et quelques petits malaises.

Au palper, on sent dans la fosse iliaque gauche et l'hypogastre voisin, une masse dure, sensible au palper, allongée de dedans en dehors, et qui plonge dans le petit bassin. La malade est habituellement constipée. Un lavement huileux, administré le soir même, provoque une véritable débâcle et pendant près d'une demie heure, la malade évacue une très grosse quantité de matières dures, puis molles. Soulagement immédiat. Le lendemain, la fosse iliaque gauche et l'hypogastre sont absolument libres.

OBSERVATION VI (Guillaume)

Un jeune étudiant, stagiaire du service, demande à être examiné, parce que, depuis plusieurs mois, il est constipé, que cette constipation, va en s'aggravant et qu'elle entraîne chez lui des troubles généraux légers: troubles digestifs, inappétence, ballonnement après les repas, lourdeurs, somnolence, céphalées, lassitude, bouffées de chaleur. A l'examen de l'abdomen, rien de

bien notable : fosse iliaque droite qui gargouille un peu lors des manœuvres de palpation profonde ; le toucher rectal révèle la présence de matières.

L'examen radiologique en série, relève :

1° Un léger retard du transit intestinal, notamment de l'évacuation du segment proximal ;

2° Une accumulation persistante de la baryte dans le segment terminal, sans aucun besoin d'aller à la selle.

Au quatrième jour après l'ingestion, toujours pas de selle ; le patient prend alors de son propre chef, un lavement qui évacue une quantité importantes de matières dures mélangées de baryte. Aucune lésion anale. Le traitement (rééducation) amène une guérison complète en moins d'un mois.

A l'interrogatoire, le malade reconnaît que depuis le début de ses études, il s'est négligé, qu'il n'observe plus aucune règle d'heure pour se présenter à la selle, qu'il n'y va que « quand il en a le temps », ou « quand il y pense », ou « quand il ne peut faire autrement ». Il a le souvenir très net d'avoir, depuis un an, réfréné ses besoins.

Voici donc quelques observations qui traduisent des aspects bien différents de la constipation terminale :

1) La constipation consécutive aux lésions douloureuses du canal anal.

2) La constipation des tumeurs ano-rectales faisant obstacle au passage des matières.

3) La constipation qui se traduit par un fécalome faisant lui-même obstacle au cours des matières.

4) La constipation des patients qui perdent l'habitude d'aller régulièrement à la selle.

A côté de ces formes cardinales de la constipation basse, combien d'autres qui peuvent être classées entre elles, notamment la forme de constipation basse qui s'observe souvent chez les sujets dont la musculature abdomino-périnéale devient insuffisante, et celle qui se produit chez les sujets, qui, du fait d'une lésion pulmonaire, glottique, ou cardiaque, ne peuvent *pousser* normalement.

Autant de formes que nous étudierons en détail à propos de l'étiologie et du mécanisme de ces états.

Avant de terminer cependant cette partie de notre étude, disons quelques mots d'une forme particulière de stase terminale : *celle qui, apparemment ne s'accompagne pas de constipation.*

Une observation de Lasèque met bien en valeur cette forme.

OBSERVATION VII (Lasèque)

Un homme se plaignant de douleurs abdominales, mais allant régulièrement à la selle et d'une façon parfaite en apparence, évacue une nuit, au milieu de fortes douleurs, une quantité de matières suffisantes pour remplir 17 pots de chambre. A la suite de cette exonération, les troubles disparaurent complètement.

Il peut donc exister, quelle qu'en soit la cause, une stase terminale importante, sans signes apparents de constipation. C'est un fait qui mérite d'être souligné.

Etiologie et Mécanisme de la Constipation basse

L'étude minutieuse des patients permet assez souvent de reconstituer la chronologie des troubles qui ont abouti à la constipation basse, en d'autres termes, de reconstituer l'enchaînement des troubles, d'élucider le mécanisme des accidents.

Prenons le cas d'une lésion douloureuse de l'orifice anal ; l'ordre de succession des troubles est le suivant :

- 1° Apparition de la douleur ;
- 2° Contracture réflexe du sphincter strié de l'anوس ;
- 3° Rétention volontaire et involontaire des matières par suite, d'une part, de la crainte de souffrir, par suite d'autre part, du spasme subconscient du sphincter strié ;
- 4° Adaptation des muscles de l'ovoïde abdominal à la lutte contre le besoin par relâchement de ces muscles ;
- 5° Déshydratation progressive des matières contenues dans l'intestin terminal, aboutissant à une réduction de volume des fèces amenées dans l'intestin terminal ;

6° Retentissement de la stase terminale sur la santé générale et sur les fonctions du reste du tube digestif.

Si nous étudions maintenant l'ordre de succession des troubles chez un sujet qui se retient d'aller à la selle, nous retrouvons le même ordre de développement des phénomènes, à cette différence près que le fait initial n'est pas une douleur, mais un acte volontaire conscient ou subconscient, que la contracture du sphincter strié de l'anus n'est plus sous la dépendance d'un réflexe à la douleur, mais est un acte parfaitement volontaire.

Qu'il réagisse contre une idée déplaisante, l'exonération dans un lieu peu propice, ou dans des conditions intempestives, qu'il réagisse contre l'éventualité d'une douleur qu'il sait devoir accompagner l'acte de défécation, l'être traduira volontairement, consciemment ou subconsciemment, sa réaction contre le besoin par une constriction de son sphincter strié, par un relâchement des muscles de son ovoïde abdomino-périnéal.

Que devient dans tout cela l'acte involontaire intestinal ? Il se traduit, que l'individu le veuille ou non, par une série d'ondes péristaltiques qui se produisent chaque fois que la distension excentrique exercée sur les parois intestinales par son contenu déclanche le réflexe local.

Le résultat de cette opposition de deux énergies, l'énergie locale d'expulsion de l'intestin, l'énergie de résistance des muscles soumis à l'action directe de la volonté dépendra de l'importance comparative des énergies opposées : la balance sollicitée par

deux forces, s'incline du côté où la force est la plus importante.

Or, ces deux forces mises en présence (énergie de poussée des tuniques intestinales, énergie de résistance des muscles striés) sont susceptibles d'importantes variations.

L'âge du sujet, le degré d'accoutumance atteint, l'habitude, le degré momentané de tonus et d'aptitude à la contractilité des muscles en présence, l'intervention du facteur douleur, sont autant d'éléments qui jouent chacun un rôle important.

Une purgation drastique, une substance susceptible de magnifier la puissance musculaire des parois intestinales, sont des facteurs capables d'assurer la suprématie de l'intestin sur les muscles striés; l'intestin très contractile des jeunes enfants, leur moindre habitude du contrôle de leurs muscles striés, assureront également un avantage aux muscles lisses dans le jeune âge. L'habitude, fruit de l'urbanité et de l'accoutumance, agit en sens inverse chez l'adulte et se trouve réduit à rien chez certains vieillards gâteux.

Enfin les douleurs violentes de coliques qui sont la conséquence d'un énergique péristaltisme incitent le patient à relâcher ses muscles striés et cela d'autant plus que les phénomènes douloureux sont plus intense. N'est-ce pas pour expliquer certaines infractions aux règles urbaines de la bienséance que l'on a inventé le proverbe « Nécessité n'a pas de lois ».

Suivant l'importance comparative de l'un ou de

l'autre facteur de poussée ou de résistance, l'extériorisation du contenu intestinal se produira ou ne se produira pas. S'il se produit, tout est bien, l'acte de défécation est achevé, s'il ne se produit pas, on assiste par contre, à une défécation incomplète, à une défécation seulement amorcée qui se traduira, du point de vue de la progression des matières, par un passage des fèces de l'anse sigmoïde dans l'ampoule rectale qu'elles viennent remplir et où elles buttent contre la résistance opposée par le canal anal puissamment fermé.

Hurst a bien montré l'existence de ces défécations incomplètes, amorcées, et il insiste sur la vacuité normale (en dehors de la défécation et en dehors de ces états pathologiques de constipation terminale) de l'ampoule rectale.

Nous venons d'étudier longuement le mécanisme des troubles dans le cas où le point de départ des phénomènes morbides est dans les muscles volontaires striés, de la vie animale; il nous faut maintenant envisager le cas (beaucoup plus rare semble-t-il), où le point de départ des troubles relève d'une modification du pouvoir tonique et contractile des muscles involontaires lisses de la paroi intestinale.

Il est des cas, en clinique, où un tel mécanisme semble pouvoir être invoqué, il s'agit alors de gens âgés dont l'intestin, sans qu'il modifie beaucoup en apparence son tonus n'a pas grande tendance à pousser des ondes péristaltiques, les intestins paresseux semblent être la cause des amas énormes de matières desséchées, de ces fécalomes

qui s'observent d'une façon si particulière chez le vieillard.

Mais si la part dévolue à la paroi intestinale semble évidente dans ces cas, cet état de la musculature lisse de l'intestin n'est pas facilement dissociable de l'acte de lutte contre le besoin, c'est-à-dire de l'intervention des muscles striés abdomino-périnéaux. C'est, en effet, souvent après des années et des années d'un état de constipation d'habitude que la musculature lisse, atténue graduellement son énergie contractile, son aptitude à pousser des ondes péristaltiques ; quel que soit le *primum movens*, le résultat est le même : *une inaptitude à perpétrer l'acte complet de la défécation, une dyschésie suivant l'expression de Barnes.*

Tous les organes, tous les tissus, tous les groupements synergiques fonctionnels, dont l'harmonieuse mise en œuvre fonctionnelle aboutit à la défécation sont donc par suite de troubles dans leurs fonctions à même de perturber l'acte de défécation ; ils peuvent intervenir pour une part, plus ou moins grande, dans la constitution de cet état de dychésie.

Au premier rang des éléments morpho-fonctionnels, dont l'adultération est capable de troubler la défécation, il faut, pour l'importance des troubles qu'ils sont capables de déclancher, placer d'une part les muscles du périnée postérieur, surtout le sphincter strié de l'anus, d'autre part, le tube intestinal et sa musculature. Quand on parle de muscles, on ne peut faire abstraction de leur système excito-moteur, les nerfs et les centres nerveux des muscles striés, les nerfs, les centres ner-

veux, les appareils autonomes, locaux des muscles lisses sont inséparables de ces systèmes musculaires et toute cause capable d'intervenir pour modifier l'activité nerveuse est à même de jouer un rôle indirect dans la genèse d'une dyschésie.

Nous avons déjà vu qu'il était des dyschésies réflexes à des lésions douloureuses anales ; il est d'autres dyschésies réflexes dont l'explication est moins apparente parce que le point de départ du réflexe pathologique est, semble-t-il, éloigné (du point de vue de la continuité ou de celui de la contiguïté), des muscles qui interviennent pour provoquer la dyschésie. Mais ce que l'on sait de la métamérie et de la topographie métamérique des nerfs (racines rachidiennes) et des tissus qu'ils tiennent sous leur dépendance, suffit amplement à expliquer les dyschésies qui se manifestent en sympathie avec des lésions comprises dans les mêmes territoires métamériques. Comme l'a montré Guillaume, des affections vésicales, prostatiques, utérines, sont ainsi à même de déterminer des spasmes ou des parésies réflexes génératrices de dyschésie ; le fait avait été aperçu de longue date, et les anciens auteurs n'ont pas oublié de noter les troubles intestinaux de défécation qui accompagnent la lithiase vésicale, les cystites, les prostatites ou encore les lésions utéro-annexielles.

Etant bien entendu que les muscles du périnée postérieur et les muscles des parois intestinales jouent le premier rôle dans ce mécanisme de la dyschésie, il ne faut pas méconnaître, dans la ge-

nèse de cet état, l'importance des troubles d'autres groupes musculaires, et il faut ranger par ordre d'importance :

1° *Les muscles du diaphragme pelvi-périnéal* (releveur et ischio-coccygien), Dyschésie des femmes ayant eu le diaphragme pelvi-périnéal disloqué par un accouchement.

2° *Les muscles de la paroi abdominale antérieure et latérale*, dislocation de cette paroi à la suite des grossesses, des ascites, de l'amaigrissement chez les obèses, lésions traumatique ou opératoire de ces paroi, atrophie consécutive au manque d'exercice ou au port des anciens corsets.

3° *Le muscle diaphragme thoraco-abdominal, l'appareil pulmonaire, la glotte et l'appareil circulatoire.*

4° *Les viscères du contenu abdominal* (ptoses).

On comprend aisément en quoi et comment interviennent ces divers éléments en analysant le mécanisme de l'acte de défécation, et en voyant que, si le sphincter strié et le tube intestinal sont les deux éléments essentiels de cet acte, tous les autres éléments interviennent accessoirement *en appuyant* l'effort des précédents et en ajoutant leur effort aux leurs pour les coordonner vers un même but (Guillaume).

Nous aurons l'occasion de faire état de toutes ces notions en parlant du traitement.



CHAPITRE III

Complications et associations morbides

La dyschésie et la stase terminale qui en est la conséquence peuvent se compliquer de diverses manières :

1° Elles peuvent déterminer des accidents aigus et subaigus immédiatement graves.

2° Elles peuvent provoquer par retentissement sur les fonctions du tube digestif ou sur l'organisme, des troubles d'allure chronique qui, à la longue, ne sont pas sans avoir de sérieux inconvénients pour le patient.

Accidents aigus et subaigus graves

Au premier rang de ces accidents il faut placer les lésions, connues de très longue date, de perforation avec péritonite consécutive d'un intestin terminal encombré par un fécalome. Nottinagel, notamment a signalé un cas démonstratif de la réalité de ces accidents.

Il faut aussi rappeler les nombreux cas d'*occlusions de l'intestin par un fécalome* et les cas dans

lesquels l'encombrement de l'intestin terminal a été le point de départ d'un *volvulus*, ou d'une *sigmoïdite*.

Retentissement de la dyschésie sur les fonctions digestives

Les simples troubles digestifs (inappétence, sensation de plénitude gastrique, etc.), accusés par les malades atteints de la dyschésie témoigneraient, à défaut d'autres constatations, de la réalité du retentissement d'une stase terminale sur les fonctions digestives, Mais l'examen clinique, et tout particulièrement l'examen radiologique, des sujets atteints de dyschésie, révèle d'une façon autrement précise l'importance de ce retentissement.

Il n'est pas rare, en effet, de constater, aux divers étages du tube digestif, un état anormal des fonctions, état qui s'amende et disparaît quand on supprime la dyschésie ; insistons tout particulièrement sur la fréquence (assez notable) de légères stases cœcales chez des sujets atteints de dyschésie ; insistons aussi sur les modifications de la motilité, de l'aspect et de l'évacuation gastrique.

L'étude de certains malades, des troubles qu'ils éprouvaient auparavant et de ceux que l'on constate ultérieurement chez eux permet de penser qu'une dyschésie s'est, chez ces patients, transfor-

mée en une constipation haute. Nous allons voir d'après les travaux de Guillaume, comment on peut expliquer cette transformation.

Retentissement de la Dyschésie sur la santé générale

Tandis que la constipation haute et la stase qui s'associe à cette forme de constipation provoquent le plus souvent l'apparition de petits troubles d'importance variable que l'on peut attribuer à la toxémie ou à la bacillémie, la constipation et la stase basse peuvent être admirablement bien tolérées. C'est très souvent le cas, chez la femme notamment ; chez ces patientes, abstraction faite de l'irrégularité des selles, d'un peu de gêne pelvienne d'origine mécanique, d'un certain degré de ballonnement dû à la rétention des gaz, aucun trouble ne vient traduire la dyschésie.

A l'opposé de ces formes bien tolérées de dyschésie, il en est d'autres où la constipation terminale se traduit par des signes certains d'une atteinte de la santé générale : petits malaises, vertiges, céphalées, modifications du teint, éruptions cutanées, modification de l'haleine, fatigue et fatigabilité, modifications du caractère, état de nervosisme, troubles vaso-moteurs, et cardio-circulatoires, sueurs localisées, modifications de l'appétit, et de l'assimila-

tion, douleurs articulaires, ou musculaires, névralgies.

En pareille occurrence, on observe, en général, une association d'un état de dyschésie et d'un état de stase (plus ou moins marqué) des matières dans le colon droit, et l'on est en droit de penser que la stase droite, déclanchée par la dyschésie est la cause et le point de départ des accidents toxiques ; on connaît en effet la différence capitale qui existe dans l'importance des phénomènes toxiques observés au cours des stases (occlusives ou non) entre les états de stase de matières liquides et les stases de matières solides.

Or, dans le colon droit les matières sont encore liquides, elles ne le sont plus dans le colon terminal.

La dyschésie peut ainsi provoquer l'apparition d'un *syndrome de vagotonie*, et la guérison de la dyschésie, guérir les troubles révélateurs de cet état de *déséquilibre du système nerveux, organo-végétatif*.

Il est des cas, enfin, où l'on peut voir une constipation basse se transformer, le temps aidant, en une constipation haute : cela s'observe chez des sujets dyschésiques qui négligent leur état et que l'on retrouve quelques années plus tard avec une constipation haute par spasme du segment intermédiaire et syndrome vagotonique.

A ce moment d'ailleurs la dyschésie a disparu, et pour cause, les matières n'arrivent plus au colon terminal que sous un minime volume (deshydrata-

tion et retard), et sont chassées avec le flux diarrhéique spontané ou provoqué (laxatifs), qui interrompt le plus souvent les périodes prolongées de constipation haute.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC & TRAITEMENT

Reconnaître une constipation basse d'une constipation haute n'est pas toujours chose aisée, et, bien souvent, lors d'un premier examen, ni l'interrogatoire, ni l'exploration systématique, ne sont à même d'élucider le problème. Il est cependant des cas de constipation pour lesquels le diagnostic de dyschésie s'impose, des cas dans lesquels le diagnostic peut être fait sans grands risques de se tromper et avant de recourir aux examens spéciaux ; dans ces cas, l'interrogatoire ou l'examen banal donnent au médecin des renseignements qui équivalent à la constatation radiologique de l'amasement stercoral dans le colon terminal. Ces cas sont ceux de fécalome constaté par le toucher rectal ou recto-vaginal ou par le palper abdominal, ceux dans lesquels le lavement, les suppositoires, font effet, et suffisent à l'évacuation régulière, ceux enfin dans lesquels le patient raconte, qu'habituellement constipé, il va de temps à autre à la selle et rejette alors une

grosse masse de matières dures et sèches. A l'inverse, les patients qui ne vont à la selle que par des laxatifs évoquent l'idée d'une constipation haute.

Le plus souvent cependant, on ne peut faire avec certitude le diagnostic différentiel de la constipation haute et de la constipation basse ou dyschésie, que par l'examen radiologique. Celui-ci tranche alors le nœud des hésitations en montrant, dans le cas de dyschésie, l'amasement du repas opaque dans le colon terminal et le retard durable apporté au déclenchement du réflexe de défécation et son exécution.

La dyschésie reconnue, il faut pousser plus loin l'investigation clinique et s'efforcer de préciser les causes déterminantes de la dyschésie ; *sans une connaissance précise de ces causes, il n'est pas en effet de traitement complet, de guérison radicale.*

C'est un examen complet du patient qui s'impose.

Il est aisé, en pratique, de reconnaître quelques-uns des facteurs générateurs de dyschésie. Il est aisé, notamment de reconnaître l'existence d'une tumeur sténosante ou obstruante de l'intestin terminal. Il est aisé, de même, de reconnaître l'existence des lésions douloureuses de l'orifice anal : *fissure vraie* avec ses caractères de douleurs terribles au moment et pendant un long temps après la défécation, de douleurs à la pression postérieure et médiane ; *fissuration* dans laquelle les douleurs n'ont rien de comparable avec celle de l'affection précédente, qui ne durent pas longtemps après

l'exonération et qui sont dues à des petites blessures de la muqueuse, blessures dont le siège n'est pas forcément médian et postérieur, *hémorroïdes compliquées*, que l'on reconnaît à l'exploration du canal anal.

Ces deux formes éliminées, on se trouve en présence de malades qui ne vont pas à la selle régulièrement du fait d'une totalisation de facteurs divers, parmi lesquels l'examen et l'interrogatoire devront démêler l'importance relative de chacun d'entre eux. C'est ainsi qu'il faudra se renseigner sur chacun des éléments suivants :

1° *Tonicité du sphincter strié ;*

2° *Tonicité de la paroi intestinale ;*

le toucher rectal donne ces éléments d'appréciation.

3° *Volume et qualité des selles ;* (déshydratation).

4° *Etat du périnée* (Hurst) qui est indiqué par l'observation du refoulement par projection du périnée dans les efforts ; qui est indiqué aussi par le toucher vaginal chez la femme.

5° *Etat de l'abdomen*, parois musculaires, ptoses des viscères, que révèle une exploration minutieuse de la musculature dans la position debout et dans la position couchée.

6° *Etat des viscères pelviens*, dont une lésion peut être le point de départ d'un réflexe métamérique.

7° *Enfin état de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire.*

La qualité de chacun de ces éléments étant appréciée, on devra s'enquérir des conditions dans les-

quelles le sujet se présente ordinairement à la selle.

La plupart des individus considèrent l'acte de défécation, non comme une nécessité à laquelle ils doivent céder quand le besoin s'en fait sentir, mais comme un élément de gêne et de perturbation dont l'exécution doit être différée jusqu'au moment où l'on n'a rien d'autre à faire.

Avec les nécessités de la vie urbaine, de la mondanité ou du travail, cette conception d'un acte phynologique, *cette attitude* envers la défécation, est extrêmement répandue, d'où fréquence extrême de la dyschésie dans les villes, et tout particulièrement chez des personnes très occupées par leur travail ou leur mondanité.

L'interrogatoire révèle souvent cet état de choses et permet d'obtenir des malades l'aveu de leur négligence à cet égard.

TRAITEMENT

Tout doit être mis en œuvre pour rétablir une défécation normale ou quasi normale.

Il est, bien entendu, nécessaire tout d'abord, et lorsqu'il existe une lésion faisant obstacle à la défécation de la supprimer. Les sténoses de l'intestin terminal, qu'elles résultent d'une tumeur d'origine intestinale ou qu'elles résultent d'une compression de l'intestin par un organe voisin augmenté de volume ou dévié (rétroversion utérine) devront être supprimées quand on le pourra, encore que dans ces cas, les rétroversions et les tumeurs génitales mises à part, l'élément de constipation ne soit qu'un point de vue bien accessoire de ces états morbides de rétrécissement de la lumière intestinale.

Il faudra de même traiter minutieusement les lésions douloureuses du canal anal et le spasme du sphincter strié ; la dilatation anale dans les fissures où le spasme, le traitement opératoire des hémorroïdes compliquées, la cicatrisation des petites plaies de la muqueuse, devra être poursuivie.

Mais ce ne sont pas ces formes symptomatiques

qui, du point de vue thérapeutique, sont les formes importantes de la dyschésie; c'est au contraire, la dyschésie maladie qui doit retenir notre attention.

Ici trois grandes indications thérapeutiques doivent être remplies :

1° *Faciliter le déclenchement du réflexe de la défécation ;*

2° *Supprimer toutes les causes qui en gênent l'exécution ;*

3° *Rendre à la paroi musculaire abdominale sa puissance primitive.*

1° *Faciliter le déclenchement du réflexe de défécation.*

Nous savons que ce réflexe est déterminé par la pression excentrique exercée sur l'intestin par son contenu. Deux éléments interviennent donc pour modifier la sensibilité de ce réflexe: l'insuffisance de volume du contenu intestinal ; l'émoussement du réflexe sensitivo-moteur lui-même.

Pour rendre aux selles leur volume nécessaire, il faut *combattre leur déshydratation* (boissons) et *augmenter la proportion des déchets qu'elles contiennent* (adjonction aux aliments de produits naturels riches en cellulose ou de substances médicamenteuses, agar-agar, par exemple, susceptibles de laisser d'importants déchets).

Pour rendre au réflexe sa sensibilité, il faut s'efforcer de provoquer régulièrement son apparition : le patient devra donc se présenter à la selle quotidiennement à l'heure jugée la plus propice pour

que l'acte s'effectue en toute tranquillité et que les tentatives d'exonération ne soient pas interrompues avant résultat simplement parce que l'heure avance. La défécation devra d'ailleurs être sollicitée d'une autre manière : par l'emploi de médications capables d'exciter localement le réflexe ; à cet effet, on se servira quotidiennement de suppositoires (médicaments de base) et éventuellement de lavements (médicaments d'exception) qui ne seront employés que tous les deux jours, si la défécation ne s'est pas produite dans cet intervalle.

2° *Supprimer toutes les causes qui gênent l'exécution du réflexe.*

Tout d'abord les causes locales :

Hyperesthésie douloureuse du canal anal qui sera traitée par l'adjonction aux suppositions de produits anesthésiques (cocaïne notamment) ; *matières trop dures* qui seront ramollies, ou dont le glissement sera facilité par l'adjonction de substances huileuses. *Ensuite les causes générales* qui viennent empêcher l'effort de se produire efficacement ou qui perpétuent les mauvaises habitudes. Pour que l'effort soit au maximum de son efficacité, il faut que la paroi abdominale soit appuyée sur les cuisses et la région anale au maximum de sa béance (Guillaume). La disposition des water-closets joue un grand rôle et, de beaucoup la meilleure attitude, est celle de l'exonération en plein champs, le cabinet à la turque est donc de tous les water-closets celui qui convient le mieux.

Pour rompre le cercle vicieux des mauvaises habitudes, il faudra faire en sorte de réfréner le moins possible un besoin qui se présente, non seulement, matières, mais aussi gaz et urines, car comme l'a indiqué A. C. Guillaume, la lutte contre le besoin de miction aboutit par un retentissement métamérique à une perturbation de la défécation.

3° *Rendre à la paroi musculaire abdominale et au périnée sa puissance primitive.*

La reconstitution opératoire du périnée s'impose parfois quand il a été disloqué par un accouchement; quant à la paroi abdominale, une gymnastique bien conduite et contrôlée devra en assurer le développement musculaire et, si le délabrement est trop important, pour être réparé, une sangle artificielle devra se substituer à la sangle naturelle déficiente.

Quelques considérations thérapeutiques méritent d'être encore signalées.

Il est important de bannir absolument les laxatifs du traitement ; tout au plus pourra-t-on donner de l'huile d'olive ou de paraffine dans quelques cas où les matières glissent mal, et un laxatif très léger de temps à autre dans les cas où un léger encombrement proximal s'associe à la stase terminale. En outre, il faut ordonner au patient de faire de l'exercice et du grand air et de ne pas négliger la marche qui aide puissamment à la rééducation. Enfin, il est indispensable de porter une vigilante attention au psychisme du patient, comme chaque fois qu'il s'agit d'une affection digestive.

La mise en œuvre de toutes ces méthodes de traitement assure, à la condition que le diagnostic soit exact, une guérison le plus souvent complète et le plus souvent rapide, étonnamment rapide même dans quelques cas. La dyschésie, forme très répandue de constipation est, de toutes les modalités du syndrome constipation, celle qui bénéficie le plus du traitement et il n'est pas rare de voir guérir en quelques semaines des patients qui étaient constipés depuis des années.

CONCLUSIONS

Dans les états de constipation, le retard apporté au transit des matières peut se produire dans les divers segments de l'intestin.

Ce retard peut se produire uniquement dans la partie terminale de l'intestin, il s'agit alors d'une constipation basse ou recto-pelvienne.

Les constipations recto-pelviennes s'accompagnent d'un amassement des matières dans l'intestin terminal, sans que pour cela naisse le besoin d'évacuer ; les constipations recto-pelviennes sont donc, avant toute chose, traduites par une perturbation de la fonction de défécation : par une dyschésie.

Les états de dyschésie relèvent des causes multiples ; parmi les causes principales de production de ces états il faut ranger : les affections douloureuses de l'orifice anal ; les obstacles mécaniques de l'anüs et du rectum ; la parésie de l'intestin terminal ; l'habitude de réfréner les besoins.

La dyschésie peut être le point de départ d'accidents graves de péritonite ou d'occlusion ou encore d'accidents moins graves d'auto-intoxication légère.

Le diagnostic de la dyschésie repose sur la constatation d'un important amassement fécal terminal qui stagne longtemps dans ce segment de l'intestin sans provoquer le besoin de défécation. Quand cet amassement ne peut être constaté avec certitude, par l'examen direct ou les signes accusés par le patient, il faut, pour faire le diagnostic de la dyschésie, avoir recours à l'examen radiologique.

Le traitement est simple et consiste après suppression éventuelle des causes locales de perturbation du réflexe, douleurs, obstacle, dans la rééducation de la défécation.

Vu : Bon à imprimer :

Le Président de thèse,

CARNOT.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

CONSTANTIN. — Etude radiologique de la Constipation.
Thèse Paris, 1920.

A. C. GUILLAUME. — Etudes sur la Physiologie et la Pathologie de l'Intestin. in *Revue de Médecine et de Pharmacie* — Bruxelles, 1919-1920-1921.

— La Constipation et la Stase intestinale chronique. *Bulletin Médical* n° 17 - 1923.

— La constipation recto-pelvienne ou dyschésie. *Bulletin Médical* n° 18-1923.

— Les Sympathies. *Biologie Médicale* n°s 6 et 8 - 1922, n° 1 - 1923.

— Les états de déviation du tonus, des systèmes nerveux organo-végétatifs. *Bulletin Médical* n° 11 - 1922.

A. F. HURST. — Article constipation in An index of Differential Diagnosis 3^e Edition Bristol 1919.

— Constipation and Allied Disorders, 1 volume, 2^e Edition, Londres 1919.

MOUTIER. — In Numéro Constipation. *Journal Médical Français*, Juin 1922.

SCHMIDT ET VON NOORDEN. — Klinik der Darm Kraukheiten. 2^e Edition 1921.

